

**Série Atenção Básica e Educação na Saúde**

Sandra Maria Sales Fagundes  
Alexandre Sobral Loureiro Amorim  
Liane Beatriz Righi  
Ricardo Souza Heinzemann  
Organizadores

**Atenção Básica em Produção:  
Tessituras do Apoio na Gestão  
Estadual no SUS**

editora



redeunida

**Série Atenção Básica e Educação na Saúde**

Sandra Maria Sales Fagundes

Alexandre Sobral Loureiro Amorim

Liane Beatriz Righi

Ricardo Souza Heinzemann

Organizadores

**Atenção Básica em Produção:**

Tessituras do Apoio na Gestão

Estadual do SUS

Porto Alegre, 2014

Rede UNIDA

**Coordenador Nacional da Rede Unida**

Alcindo Antônio Ferla

**Coordenação Editorial**

Alcindo Antônio Ferla

**Conselho Editorial****Adriane Pires Batiston** - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil**Alcindo Antônio Ferla** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil**Ângel Martínez-Hernández** - Universitat Rovira i Virgili, Espanha**Angelo Steffani** - Universidade de Bolonha, Itália**Ardigó Martino** - Universidade de Bolonha, Itália**Berta Paz Lorido** - Universitat de les Illes Balears, Espanha**Celia Beatriz Iriart** - Universidade do Novo México, Estados Unidos da América**Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil**Emerson Elias Merhy** - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil**Izabella Barison Matos** - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil**João Henrique Lara do Amaral** - Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil**Julio César Schweickardt** - Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil**Laura Camargo Macruz Feuerwerker** - Universidade de São Paulo, Brasil**Laura Serrant-Green** - University of Wolverhampton, Inglaterra**Leonardo Federico** - Universidade de Lanus, Argentina**Lisiane Böer Possa** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil**Liliana Santos** - Universidade Federal da Bahia, Brasil**Mara Lisiane dos Santos** - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil**Márcia Regina Cardoso Torres** - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil**Marco Akerman** - Universidade de São Paulo, Brasil**Maria Luiza Jaeger** - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil**Maria Rocineide Ferreira da Silva** - Universidade Estadual do Ceará, Brasil**Ricardo Burg Ceccim** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil**Rossana Staeve Baduy** - Universidade Estadual de Londrina, Brasil**Sueli Goi Barrios** - Universidade Federal de Santa Maria, Brasil**Túlio Batista Franco** - Universidade Federal Fluminense, Brasil**Vanderléia Laodete Pulga** - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil**Vera Lucia Kodjaoglanian** - Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil**Vera Rocha** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil**Comissão Executiva Editorial**

Janaina Matheus Collar

João Beccon de Almeida Neto

**Arte gráfica - Capa**

Zeca Saraiva,

“Sem Título”

Acrílico sobre tela, 2010.

**Diagramação**

Luciane de Almeida Collar

**Revisão Técnica**

Jacira Gil Bernardes

Grafia atualizada segundo o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, que entrou em vigor no Brasil em 2009.

Copyright © 2014 by Sandra Fagundes; Alexandre Amorim; Liane Righi; Ricardo Heinzelmann

**DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP**

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

A864 Atenção básica em produção : tessituras do apoio na gestão estadual do SUS [recurso eletrônico] / Sandra Fagundes ... [et al.] organizadores. – Porto Alegre : Rede UNIDA, 2014.  
p. 355 – (Série Atenção Básica e Educação na Saúde)

ISBN: 978-85-66659-33-7

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Saúde pública – Rio Grande do Sul. 4. Apoio social. 5. Saúde mental. 6. Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. I. Fagundes, Sandra. II. Amorim, Alexandre. III. Righi, Liane. IV. Ricardo Heinzelmann. V. Série.

CDU: 614(816.5)

NLM: WA540

**Sumário****Prefácio - Sandra Fagundes.....9****Apresentando Relatos e Reflexões de um Coletivo em Produção - Alexandre Amorim, Liane Righi, Ricardo Heinzelmann.....13****Tessituras do Apoio na Gestão do SUS: O Fortalecimento da gestão estadual da Atenção Básica no Rio Grande do Sul - Ricardo Heinzelmann, Károl Cabral, Sandra Fagundes, Alexandre Amorim, Liane Righi.....17****Apoio, Atenção Básica e Redes Regionais de Saúde: a experiência de um governo em defesa do SUS - Liane Beatriz Righi, Dário Frederico Pasche, Alexandre Amorim, Ricardo Heinzelmann, Sandra Maria Sales Fagundes.....37****Payadores Missionários: aprendizagens na prática do apoio institucional - Júlia Schenkel, Otávio D’Ávila, Carol Rodrigues.....51****Multiplicando Movimentos do Apoio em uma Relação Interfederativa: Um relato de experiência - Mariana Allgayer, Guilherme Shimocomaqui, Carine Ferreira Nied, Angelita Hermann.....73****O Apoio Institucional transpondo distâncias para o fortalecimento da Atenção Básica - Daiane Silveira, Iuday Gonçalves Motta.....93**

## **Tessituras do Apoio na Gestão do SUS: O Fortalecimento da gestão estadual da Atenção Básica no Rio Grande do Sul**

*Ricardo Heinzelmann, Károl Cabral, Sandra Fagundes, Alexandre Amorim, Liane Righi*

Se as coisas são inatingíveis..ora!  
Não é motivo para não querê-las...  
Que tristes os caminhos, se não fora  
A mágica presença das estrelas!  
*(Mário Quintana)*

A partir do novo arranjo jurídico-administrativo-institucional de criação do Sistema Único de Saúde através da Constituição de 1988 e Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90), os diversos entes federativos se debruçam sobre o papel de cada um frente a grande necessidade de mudança do atual modelo de atenção à saúde. Considerando-se a Reforma da Saúde inconclusa no país (CAMPOS, 1997), faz-se imperativo o fortalecimento da Atenção Básica deslocando-se o lugar central do hospital no sistema. Neste sentido a atenção básica deve ser o lugar de efetivação das práticas de saúde que reposicionam o sentido de todo o processo de produção de serviços e que redefine este lugar dos demais serviços no sistema. (MERHY, 2007)

A Atenção Básica (AB), sendo a principal porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS) por estar no território e mais próxima da realidade, considera o sujeito na sua singularidade e inserção sócio-cultural com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde da coletividade respeitando as questões de gênero, étnicas e culturais. (CUNHA, 2005; MERHY, 2007) Consequentemente a mudança do modelo de atenção à saúde demanda necessariamente a expansão do acesso e a qualificação dos serviços de Atenção Básica no país.

Neste contexto o papel das gestões estaduais da saúde merece uma análise destacada considerando-se ainda a incipiente quantidade de relatos e registros das experiências de gestão estadual que tenham a marca da busca da mudança de modelo de atenção.

### **A Gestão Estadual da Atenção Básica no SUS: Uma Breve Análise**

Por muitas décadas as gestões estaduais foram marcadas pela lógica da prestação direta de serviços de saúde. Com o processo de descentralização ocorrido a partir da década de 90, se colocou em xeque o papel dos estados na gestão do SUS. (MENDES, 2001) A municipalização ocorrida neste período provocou uma certa crise de papéis e atribuições nas secretarias estaduais de saúde. No decorrer destas duas últimas décadas, aos poucos foram sendo pactuados e normatizados de forma tripartite alguns atributos para as gestões estaduais no sentido de preencher a lacuna criada, considerando a importância de se realizar formulação de políticas, planejamento, cofinanciamento, regulação e articulação da rede loco-regional entre outros.

No que se refere à atenção básica, considerando o grande papel dos municípios na execução dos serviços, estabeleceu-se aqui uma marca profunda da lógica de supervisão por parte dos estados. Poderíamos arriscar a dizer que, a partir de uma certa visão de superioridade que foi se cristalizando nas equipes gestoras do nível estadual, as secretarias estaduais de saúde por muito tempo agiram com um tom quase policialesco de supervisão nos municípios. Era muito comum escutar de municípios do norte ao sul do país críticas à forma de relacionamento dos estados, que tratavam muitas vezes profissionais do município com certo desprezo e, de forma absurda, referindo-se a uma certa inferioridade técnica de quem trabalha nos municípios. Estabelece-se aí uma espécie de hierarquia fictícia de gestão no SUS, onde o Ministério da Saúde “manda” nas Secretarias Estaduais de Saúde que por sua vez “mandam” nas Secretarias Municipais de Saúde. Infelizmente por determinado período alguns setores do MS atuaram reforçando esta lógica, apesar da reconhecida luta dos seus dirigentes de apontarem caminhos para uma prática de maior respeito e autonomia entre os entes federados. Cabe lembrar que este desenho piramidal no campo da saúde está presente no imaginário dos trabalhadores e gestores e é reforçado em muitos espaços de formação quando se apresenta a famosa pirâmide da atenção primária, secundária e terciária. (CECILIO, 1997) Desta forma esta errônea hierarquia do campo da atenção poderia ser também aplicada ao campo da gestão do SUS.

Na realidade uma parte dos estados ainda tem dificuldades para avançar nesta transição. Alguns ainda enfrentam o processo de esvaziamento da sua capacidade político-institucional e tem limitações para compor equipes, restringindo seu papel no âmbito da atenção básica ao exercício da burocracia estatal de elaboração de pareceres de credenciamento de equipes, pactuação de metas e de

repassador de informações dos projetos e programas do Ministério da Saúde. Apenas mais recentemente que uma parcela dos estados passaram, ainda de forma tímida, a co-financiar os municípios principalmente com o foco no custeio das equipes de saúde da família. Infelizmente alguns estados não conseguiram desenvolver ainda sequer um locus administrativo em nível de destaque no seu organograma com quantitativo de servidores para desenvolvimento de competências da gestão no âmbito da atenção básica. Mas este é um processo em curso no país todo, tendo alguns destaques para experiências muito exitosas como é o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia que constituiu uma Diretoria de Atenção Básica com grande quantitativo de profissionais que desempenham um amplo leque de ações no campo da gestão.

### **A Cogestão e o Apoio Institucional como pilares da Gestão Estadual da Atenção Básica no RS**

A forma de fazer a gestão em uma dada instituição é uma escolha que demarca muitos dos princípios ético-políticos da sua equipe dirigente. Desde 2011, o Departamento de Ações em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde buscou quebrar uma lógica cristalizada na gestão pública estadual de fragmentação das políticas e de centralização da tomada de decisão.

A racionalidade gerencial hegemônica produz sistemas de direção que se alicerçam no aprisionamento da vontade e na expropriação das possibilidades de governar da maioria. Estes sistemas, mais do que comprar a força de trabalho, exigem que os trabalhadores renunciem a desejos e interesses, substituindo-os por objeti-

vos, normas e objeto de trabalho alheios (estranhos) a eles. (CAMPOS, 2005, p. 23)

A proposição de uma nova lógica de atuação provocou no conjunto dos trabalhadores do Departamento muita desconforto. Entre mergulhar de cabeça e a resistência, muitas foram as reações diferentes ao movimento em curso que se deu.

Na Coordenação Estadual de Atenção Básica - CEAB, coordenação integrante do Departamento de Ações em Saúde da SES-RS, houve um momento de aprofundamento deste processo no final de 2013, a partir da chegada de uma nova equipe dirigente coincidindo também com a troca de comando da Secretaria Estadual de Saúde, quando a então diretoria do DAS tornou-se Secretária Estadual de Saúde.

Em um movimento de imersão sobre a reflexão do seu próprio processo de trabalho, o conjunto de trabalhadores da Coordenação da Atenção Básica produziu diversas análises críticas à forma como vinha sendo conduzido o trabalho. A partir do planejamento realizado em dezembro de 2013 foi construído uma nova organização da Coordenação em Núcleos, com a criação do: Núcleo de Práticas Pedagógicas e Apoio Institucional - NAIPPE; Núcleo de Assessoria e Planejamento - NASPLAN; Núcleo de Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde - NUTICS; Núcleo de Gestão Estratégica do Orçamento e Processos - NUGEOP e Núcleo de Informação da Atenção Básica - NIAB. A partir do desejo, da identificação pessoal com as pautas e da necessidade da organização, os trabalhadores se inseriram nos diversos núcleos. Desde então todos os novos trabalhadores que chegaram para trabalhar na coordenação passaram a integrar também um desses núcleos.

A lógica de organização adotada na CEAB possibilitou que os trabalhadores tivessem mais clareza sobre o seu objeto de trabalho e facilitou fluxos de comunicação. Para tan-

to foi desenvolvida uma rede de petição e compromissos entre os diversos núcleos.

Buscou-se horizontalizar processos de decisão com o estabelecimento de uma lógica de cogestão e a criação de espaços deliberativos colegiados em cada núcleo, com a instituição de uma assembleia mensal com a participação de todos os trabalhadores e a organização de um colegiado gestor com reuniões periódicas e a participação dos representantes dos cinco núcleos juntamente com o coordenador e o coordenador-adjunto.

Ao avançar nesta lógica de espaços colegiados, com o envolvimento do conjunto dos trabalhadores nas principais decisões e naquelas do dia a dia, se configurou uma “possibilidade de instituírem sistemas de cogestão que produzam tanto compromisso e solidariedade com o interesse público, quanto capacidade reflexiva e autonomia dos agentes de produção.” (CAMPOS, 2005, p. 28)

A mudança na lógica de se fazer cogestão potencializou e foi potencializada pela ação de se fazer apoio. O movimento de apoiar e ser coletivamente apoiado permitiu dar visibilidade maior às diversas necessidades que vinham dos territórios. Ao mesmo tempo, de forma fluída e natural, os trabalhadores da gestão ao tomar ciência destas necessidades a partir da sua ação como apoiadores conectavam o seu desejo individual e produzindo sínteses entre o desejo e a necessidade deram vazão a produções intensas e muitas ricas.

## **O Desafio de Assumir o Papel de Gestão Estadual da Atenção Básica**

Existem momentos na vida onde a questão de saber se pode pensar diferentemente do que se pensa e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar e refletir.

*(Michel Foucault)*

Historicamente o modelo preconizado e financiado levou a uma expansão progressiva das estruturas hospitalares, sendo que nosso estado tem um dos maiores contingentes de leitos do país. O crescimento populacional, o aumento da curva de crônicos, o aumento da longevidade da população e a descoberta de novas tecnologias e desenvolvimento de novos processos de tratamento demonstrou a impossibilidade de seguirmos trabalhando em uma lógica hospitalocêntrica e, portanto apenas curativa no campo da saúde. Tornou-se imprescindível trabalhar na lógica da prevenção e da promoção em saúde reorientando o modelo de atenção vigente para um modelo de base territorial. Esta mudança de modelo de atenção exigiu que novos recursos fossem alocados para o financiamento na atenção básica, com ênfase em um modelo centrado na estratégia de saúde da família. O governo federal já vinha investindo nesta lógica, mas bem sabemos que o orçamento do SUS deve ser tripartite e o estado do RS enfrentou o desafio de investir 12% dos recursos do tesouro do estado em saúde, sendo que parte destes foram destinados a bancar efetivamente este redirecionamento de modelo investindo em atenção básica.

Mas para mudar a lógica da atenção em saúde não bastava apenas recurso financeiro, precisava mudar o modelo de atenção e de gestão preconizado que determina as práticas desenvolvidas em território pelos trabalhadores e

gestores. Para que esta mudança ocorra os gestores e trabalhadores precisam de espaços para repensar suas práticas, refletir e redirecionar o modelo, construindo um novo jeito de produzir saúde em seus municípios. Através de processos de educação permanente e da ferramenta do apoio temático e institucional foi possível acompanhar, apoiar e participar desta construção em todo o Rio Grande do Sul.

Nosso estado está dividido em 7 macrorregiões, 19 coordenadorias de saúde (CRS) e 30 regiões de saúde<sup>1</sup>. O apoio foi pensado para atender este território, levando em conta suas especificidades loco regionais através de trabalhadores que serviam de referência para cada uma destas coordenadorias, e, portanto para os municípios e regiões de saúde, criando-se a figura do apoiador. Esta figura nasce do reconhecimento do Departamento de Ações em Saúde (DAS) da necessidade de estar mais próximos dos municípios gaúchos e de conhecer suas especificidades para de fato reorientar o modelo e mudar a lógica da gestão e da atenção ofertada nos serviços de saúde. Este reconhecimento se deve ao fato de compreendermos que esta mudança mais do que desejada, necessária, só poderia ocorrer com uma mudança de cultura. Tal mudança mais do que uma decisão de gestão é uma mudança radical no modelo local de gestão e de oferta de serviços que de fato resulte em uma melhora da qualidade da vida das pessoas.

Ainda é escassa a produção teórica-conceitual e de relatos sobre as funções do estado na gestão da Atenção Básica. Estamos tendo algumas experiências em curso que apontam alguns possíveis caminhos. Sem dúvida a Bahia

---

1 O estado do RS está estruturado administrativamente em sete macrorregiões a saber: metropolitana, serra, vales, sul, centro oeste, norte e missioneira. Nestas macrorregiões vamos encontrar 19 coordenadorias regionais de saúde em municípios sede que atendem as 30 regiões de saúde. Lembrando que as regiões de saúde ainda são um desenho recente por conta da implementação do decreto 7508 de 2011.

mais uma vez precisa aqui ser destacada, considerando oito anos de um trabalho, reconhecido nacionalmente, que transformou a lógica de atuação da sua secretaria estadual de saúde no âmbito da Atenção Básica. (HEINZELMANN *et al.*, 2012)

A partir de 2011, o Governo do Estado do Rio Grande do Sul assumiu a responsabilidade e o papel de indutor de processos de qualificação e ampliação do acesso da população a serviços de Atenção Básica/Saúde da Família, com amplo aporte de recursos financeiros e estruturação de apoio institucional às gestões municipais e equipes de saúde da família.

Ao longo destes quatro anos de gestão as ações da SES do Rio Grande do Sul no âmbito da atenção básica foram pautadas a partir de quatro grandes eixos: **Apoio Institucional** com uma concepção que se edifica no estabelecimento de novas relações dialógicas, interativas, pautadas no princípio de gestão que “acontece numa relação entre sujeitos, e que o acompanhamento/coordenação/condução (apoio) dos serviços/equipes deve propiciar relações construtivas entre esses sujeitos, que têm saberes, poderes e papéis diferenciados” (NUNES, 2012); **Avaliação e Monitoramento** com atividades de avaliação realizadas a partir das informações produzidas no cotidiano da atenção, que mesmo sendo insuficientes para apreender todas as mudanças desejáveis, são essenciais para orientação, dos processos de implantação, consolidação e reformulação das práticas de saúde, na medida em que permitem monitorar a situação de saúde da população, o trabalho em saúde e os resultados das ações (HARTZ & SILVA, 2005); **Educação Permanente** sustentada em uma reflexão crítica sobre as práticas reais, com pessoas que vivenciam juntas uma experiência ou trabalho em saúde, buscando a transformação das práticas profissionais e a reorganização do trabalho, tendo como referência as necessidades de saúde das pessoas (CECCIM

& FEUERWERKER, 2004); **Cofinanciamento** tendo uma lógica que visa reduzir as iniquidades no Estado e priorizar a expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família, tendo como diretrizes a promoção da Equidade e a Qualidade dos serviços.

### Atenção Básica em Produção no RS

Nesta gestão apontamos a Estratégia Saúde da Família como projeto prioritário para fortalecimento da Atenção Básica. Esta decisão política de mudança do modelo de orientação de gestão e de ampliar a cobertura de estratégia de saúde da família no estado buscou ampliar o acesso das pessoas, famílias e comunidades a ações e serviços de saúde mais próximo dos locais de moradia, com equipes multidisciplinares, desenvolvendo-se um cuidado integral e longitudinal à saúde, com ênfase nas práticas de prevenção e promoção da saúde, buscando uma resolutividade de mais de 80% dos problemas de saúde dos usuários.

Cabe destacar, que o investimento realizado por esta gestão estadual a partir de 2011 vem causando um impacto crescente e gradual nos indicadores. Do ponto de vista epidemiológico, mesmo considerando que os estudos demonstram que os principais resultados destes investimentos aparecem de forma mais evidente à médio e longo prazo, temos alguns indicadores que já apresentaram avanços como é o caso da redução do número de internações por condições sensíveis à APS.

Diversas iniciativas neste período foram desencadeadas para o fortalecimento da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família. Reestruturou-se a lógica de cofinanciamento estadual da Estratégia de Saúde da Família, Estratégia de Saúde Bucal e Estratégia de Saúde da Família Qui-

lombola, com ampliação significativa de recursos atrelados ao fator qualidade dos serviços, aferido pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ do Ministério da Saúde. A Portaria SES nº 309/2013 instituiu o cofinanciamento estadual das equipes de saúde da família com um percentual do recurso atrelado à forma como a equipe é avaliada no processo de avaliação externa anual do PMAQ. Esta é uma forma do Estado reconhecer e premiar quem demonstra qualidade do serviço prestado à população.

Em 2011 foi criada a Política de Incentivo Estadual à Qualificação da Atenção Básica em Saúde (PIES), tendo um crescente aporte de recursos passando de R\$ 40 milhões naquele ano para R\$ 120 milhões em 2014, estabelecendo critérios de equidade na distribuição dos recursos entre os municípios, através do Índice de Vulnerabilidade Social, longevidade e cobertura da saúde da família. O uso destes indicadores representou um importante avanço no financiamento da saúde pública no estado, pois reserva uma parte considerável do financiamento estadual para diminuir as iniquidades em saúde. Municípios mais pobres passaram a ter a possibilidade de receber mais recursos para manutenção e ampliação da Atenção Básica.

Foram criados incentivos diferenciados com base nas diretrizes de qualidade e equidade da Atenção Básica, a exemplo da Unidade Móvel de Saúde, financiamento para equipes com dois enfermeiros, equipes com médico de família e comunidade, equipes de saúde bucal com técnico de saúde bucal.

Houve um incremento significativo do orçamento do estado, com a criação de diversos cofinanciamentos e estratégias de valorização da Atenção Básica. Mesmo considerando o dado parcial, o pagamento realizado pelo Fundo Estadual de Saúde para a Atenção Básica e seus subprojetos

em 2014 (R\$ 228.698.303,00) foi 348,70% maior em comparação ao ano de 2011 (R\$ 65.585.977,00). Isto representa um aumento do investimento per capita que vai de 5,51 reais em 2011 para 18,50 reais em 2014.

Destaca-se também o financiamento para informatização das Unidades Básicas de Saúde que dentro do Programa REDE SUS RS investiu mais de R\$ 31 milhões para aquisição de computadores, tablets e demais equipamentos de informática para as Unidades Básicas de Saúde. Com a informatização dos serviços é possível garantir uma maior fluidez das informações entre os diferentes atores do cuidado e garantir o registro de informações precisas nos bancos de dados o que nos permite fazer a leitura dos dados para monitorar os indicadores em tempo oportuno, possibilitando ao gestor uma tomada de decisão mais ágil e eficaz.

Somando-se o conjunto de possibilidades de financiamento estadual, para ano de 2014 foram previstos 320 milhões em investimentos para a Atenção Básica pelo Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Isto impacta diretamente na realidade da vida das pessoas nos territórios, pois realmente existe mais recurso direcionado do governo do estado para o gestor local/municipal investir na melhoria e na qualidade da atenção em saúde.

Ainda no âmbito do cofinanciamento, visando a qualificação da atenção básica, a secretaria da saúde do estado criou nesta gestão incentivos financeiros para que os municípios implantassem os chamados dispositivos da saúde mental na atenção básica: Oficinas Terapêuticas (OT), Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB) e Composições para Redução de Danos. Desta forma o Rio Grande do Sul passou a ser o único estado do país a financiar serviços na atenção básica que não estão previstos no financiamento federal da Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011) e da própria Rede de Atenção

Psicossocial (RAPS). Isto sem dúvida representa por si só uma grande inovação na gestão do SUS, quando um ente federado respaldado na autonomia federativa prevista no SUS, pactua a implantação de novas formas de fazer o cuidado em saúde, considerando as necessidades vivenciadas a partir do apoio que vem sendo dado aos municípios.

Novamente esta tomada de decisão política impacta diretamente na possibilidade dos municípios terem dispositivos financiados capazes de acolher os problemas relativos ao campo da saúde mental, álcool e outras drogas ali onde a vida das pessoas acontece, nos seus territórios. Este gesto que pode parecer simples redireciona o modelo de atenção do modelo hegemônico e medicalizador hospitalar, que tem como único destino a internação, para um modelo de base territorial, garantindo a possibilidade de ações muito mais centradas no campo da prevenção e da promoção do que apenas no âmbito curativo.

Para desenvolvimento do seu papel de gestor estadual da atenção básica, deu-se um passo importante com a estruturação do Apoio Institucional com constituição de equipes regionalizadas de apoiadores (profissionais de saúde altamente qualificados com mestrado ou especialização na área de saúde pública/saúde coletiva/saúde da família) na CEAB/DAS/SES RS, dando suporte às Coordenadorias Regionais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde, buscando ampliar e qualificar a capacidade loco-regional de gestão e produção do cuidado na atenção básica. Estes profissionais realizam visitas periódicas aos municípios e participam de colegiados regionais, ajudando às gestões municipais a organizar a Atenção Básica, considerando que para além de recursos financeiros, os municípios precisam de apoio técnico para gestão e para as equipes.

De forma articulada com o Governo Federal a coordenação estadual de atenção básica construiu uma lógica de

atuação visando facilitar o processo de adesão dos municípios aos diversos projetos e programas federais, a exemplo do Programa Saúde na Escola-PSE, Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade-PMAQ, Programa Academia da Saúde, Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica - PROVAB, Programa Mais Médicos para o Brasil, E-SUS Atenção Básica e o Programa de Requalificação (reforma, ampliação e construção) das Unidades Básicas de Saúde - RequalificaUBS. Com apoio do Governo do Estado os municípios do Rio Grande do Sul conseguiram captar recursos no montante de R\$ 107 milhões para reforma, ampliação ou construção de 1.005 Unidades Básicas de Saúde.

A cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família, em 2011, atingia 36,90% da população gaúcha, menor que a cobertura do Brasil, de 51,60% e que a Região Sul, de 53,50% (MS/SAS/DAB, 2011). Contudo, em 2014, o estado do RS obteve um incremento considerável, atingindo a 50,33% da população, denotando um aumento de 32,90%, maior que o incremento nacional, de 19,22% e que o da região sul, de 14,04% (MS/SAS/DAB, 2014). Nota-se o impacto dos 1.081 profissionais médicos advindos do Programa Mais Médicos e os 163 do PROVAB, que atuam em, aproximadamente, 369 municípios, incidindo diretamente no número de implantações de novas ESF e no aumento da cobertura populacional da ESF com qualidade. Atualmente, são 465 municípios com ESF atuantes, nos quais estão distribuídas 1.704 equipes. Considerando as equipes de Atenção Básica (Estratégia Saúde da Família somadas às Unidades Básicas tradicionais) o estado conta com 67,5% de população coberta.

A parceria estabelecida ente Governo do Estado e Governo Federal viabilizou a oferta de diversos cursos de especialização em saúde da família, totalizando mais de 1.200 vagas, e outros muitos outros cursos na modalida-

de presencial e EAD. Deu-se início e ampliou-se a oferta do Curso de Formação dos ACS (9 mil vagas). Além disso, a realização do Curso Introdutório para os profissionais das ESF (550 vagas) representou um passo importante para reflexão sobre o processo de trabalho de muitas equipes de saúde da família. O Estado, em parceria com o Ministério da Saúde, através do QUALISUS, ofertou cursos sobre as principais linhas de cuidado (saúde materno-infantil, HAS/DM, saúde mental, saúde da mulher), Avaliação e Monitoramento e Apoio Institucional para 660 profissionais e gestores dos municípios da região metropolitana. Também foram ofertadas oficinas sobre a implantação de acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde em diversas regiões do estado.

Com a parceria da Secretaria Estadual de Saúde com o TelessaúdeRS/UFRGS foram realizadas mais de 11 mil teleconsultorias (suporte clínico de especialista à distância) para os profissionais da saúde da família, deu-se início a Telerregulação de exames e consultas fazendo o piloto com a endocrinologia, o que resultou na redução de 70% da fila de espera por esta especialidade no SUS-RS. Através do projeto RESPIRANET foram implantados 7 núcleos macrorregionais de Espirometria (Passo Fundo, Porto Alegre, Alegrete, Caxias do Sul, Santa Cruz, Pelotas e Santa Rosa) o que aumentou a resolutividade do trabalho das equipes para abordagem de doenças respiratórias a exemplo da Asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC. Também foi através desta parceria com o TelessaúdeRS/UFRGS que foi possível fazer o treinamento e suporte para utilização do e-SUS AB para mais de 700 equipes de saúde da família no ano de 2014.

Como parte da agenda da SES de valorização dos trabalhadores da Atenção Básica, o ano de 2014 foi marcado pela realização das Mostras Regionais de Saúde. A organização das Mostras mobilizou todos os trabalhadores da CEAB,

os diversos setores do DAS/SES e as Coordenadorias Regionais de Saúde. Foi uma demonstração do êxito do esforço coletivo de construção. As Mostras tiveram um desenho que contemplou a apresentação de trabalhos em painéis temáticos (Gestão, Atenção Básica, Políticas Transversais e Promoção da Equidade, Ciclos de Vida e Gênero), oficinas, mesas redondas e âgoras. Teve destaque as tendas de educação e participação popular e o envolvimento criativo dos residentes da UFRGS e da ESP/SES. Foram 7 Mostras Regionais com mais de 3 mil participantes (profissionais de saúde, gestores, estudantes, professores, pesquisadores, usuários e conselheiros de saúde) em todas as macrorregiões envolvendo a apresentação de 700 trabalhos.

A nova lógica de organização da gestão do SUS no estado, construída a partir da diretriz política de construção de redes de atenção ordenadas pela atenção básica, possibilitou a produção de uma série de conversações e construções transversais visando potencializar as diversas interfaces da Atenção Básica. A pauta do respeito à diversidade sexual foi colocada na agenda política da gestão estadual, sendo desenvolvidas, por exemplo, diversas articulações com movimentos sociais e processos de educação permanente das equipes relacionadas ao tema da Saúde e Diversidade Sexual e para construção da atenção à população LGBT. Também foram construídas políticas importantes voltadas para a Saúde da População do Campo, a exemplo do financiamento das Unidades Móveis de Saúde, o fornecimento de protetor solar para os agricultores familiares e a construção do comitê gestor estadual desta política com a participação dos diversos movimentos sociais do campo. No âmbito da Saúde da População Negra, um passo decisivo que foi dado se refere ao financiamento do Programa Estadual de Combate ao Racismo Institucional na Atenção Básica, além do cofinanciamento diferenciado para as equipes de saúde da família que atendem comunidades qui-

lombolas. Foram desenvolvidas muitas ações relacionadas a financiamento, educação permanente e articulação para organização da rede de atenção voltada para a saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional. Outro destaque deve ser dado à construção da política de saúde da população em situação de rua que teve a participação direta dos seus representantes nas reuniões do grupo de trabalho constituído.

Importantes passos foram dados no sentido de apontar a atenção básica como coordenadora do cuidado em saúde quando se aprovou a linha de cuidado em HIV/AIDS, tendo a atenção básica papel de destaque para promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento, ao estabelecer financiamento estadual de R\$ 15 milhões/ano, inédito no país, para ações desta linha de cuidado no âmbito da Atenção Básica e com a implantação do teste-rápido em mais de 70% das equipes. Da mesma forma, se fortaleceu a linha de cuidado materno-infantil com direcionamentos importantes da Rede Cegonha e do Programa Primeira Infância Melhor (PIM) no sentido de melhor integração das suas ações através dos visitantes com as atividades desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde, com a qualificação do pré-natal e do fomento ao debate da importância da participação do homem no pré-natal, sendo este um dos itens importantes da política estadual de saúde do homem.

### **Para Além da Produção da Atenção Básica**

O conjunto destas ações desenvolvidas teve a marca da participação ativa dos trabalhadores desta gestão estadual. A produção no âmbito da Atenção Básica do Rio Grande do Sul ocorreu com intensidade, leveza, determinação e, sem dúvida, muita alegria. Produziu-se além de novos arranjos de formação, gestão e de atenção, muitos afetos e

desejos. De fato teceu-se um projeto coletivo e múltiplo. O “fazer apoio” produziu movimentos não apenas em quem se colocou na função de apoiador. O pertencimento a um coletivo provocou um virtuoso ciclo de reflexão sobre as práticas de cada um. Movimento de mão dupla (e até mesmo de mãos múltiplas), de afetar e ser afetado. Produzindo maquinações e desconstruindo máquinas instituintes por dentro ao se reconstruir como ser implicado. Reconhecendo a complexidade que nos cerca, tornar a vida mais leve, afirmando-a.

### Referências

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; Ministério da Saúde, 2011.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e gestão de coletivos**. 3. Ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

\_\_\_\_\_. **Saúde Paidéia**. 3.ed. São Paulo: Hucitec 2007.

CECILIO, L.C.O., **Inventando a Mudança na Saúde**. 2.ed. São Paulo: HUCITEC. 1997

\_\_\_\_\_. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**. 13.3, 469-478, 1997.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 41-65, 2004.

CUNHA, G.T., **A Construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Editora Hucitec; 2005.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade II: o uso dos prazeres**. Rio de Janeiro: Graal, 1994.

FRANCO, T.B. et al. (orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004. 296 pp.

HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org). **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, 275p.

HEINZELMANN, R.S. et al. Gestão Participativa e controle social: o apoio institucional como estratégia de gestão participativa. In: GOES, P.S.A.; MOYSES, S.J. (Org.). **Planejamento, gestão e avaliação em Saúde Bucal**. São Paulo. Artes Médicas, 2012. p. 135-45.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS**. T.1. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

MERHY, E.E., ONOCKO, R. **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC. 2007

OLIVEIRA, G.N. **Devir Apoiador**: uma cartografia da função apoio. 2011. Tese (Doutorado) -Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2011.

QUINTANA, M. **O Espelho Mágico**. Porto Alegre. Globo. 1951.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Política Estadual de Atenção Básica**. Porto Alegre: SES, 2014.